

DEMANDE D'EXAMEN EN ÉLECTROMYOGRAPHIE

HEJ (Hospitalisé) (418) 649-5907 - HEJ (Externe) 418-649-5575 - PHYSIATRIE HEJ 418-691-5186 - HDQ 418-691-5186 - CHUL Pédiatrie 418-654-2725

PROVENANCE DE LA DEMANDE

- ☐ Hospitalisé ☐ Urgence
☐ Externe ☐ Pré-op

MOBILITÉ

- ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant
☐ Civière ☐ Au chevet

LIEU DE L'EXAMEN

- ☐ HEJ ☐ Physiatrie HEJ
☐ CHUL (Pédiatrie) ☐ HDQ

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, préciser : ☐ Aérienne ☐ Gouttelettes/contact ☐ Contact ☐ Contact renforcé ☐ Autre : _____

NIVEAU DE PRIORITÉ DE L'EXAMEN -MSSS- *Obligatoire* (Une modification pourrait être fait par le neurologue de garde) DATE D'IMPRESSION :

- ☐ PA (1-3 jours) ☐ PB (4 à 10 jours) ☐ PC (11 à 28 jours) ☐ PD (moins de 3 mois)
☐ PE (6 Mois) ☐ PE (12 Mois) ☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) - *Obligatoire*

CONSULTATION en NEUROLOGIE avec EMG

INDICATIONS

- ☐ Polyneuropathie (toute cause) ☐ Tunnel Carpien
☐ Pied Tombant ☐ Neuropathie Ulnaire
☐ Radiculopathie ☐ Poignet Tombant
☐ Paralysie faciale ☐ Plexopathie
☐ Pré-scoliose (Pédiatrie) ☐ Meralgia Paresthetica
☐ Maladie du neurone moteur
☐ Défaut transmission neuromusculaire (ex : myasténie grave)
☐ Autres : _____

CONSULTATION en PHYSIATRIE avec EMG

INDICATIONS

- ☐ Polyneuropathie diabétique ☐ Tunnel Carpien
☐ Polyneuropathie alcoolique ☐ Neuropathie Ulnaire
☐ Pied Tombant ☐ Poignet Tombant
☐ Radiculopathie ☐ Plexopathie
☐ Paralysie faciale ☐ Meralgia Paresthetica

L'échographie neuromusculaire en neurologie est toujours réalisée conjointement à la consultation en neurologie et l'EMG (voir indication au verso)

À l'usage des neurologues seulement :

Nouvelle priorité :

- ☐ PA (1-3 jours) ☐ PB (4 à 10 jours) ☐ PC (11 à 28 jours)
☐ PD (moins de 3 mois) ☐ PE (6 Mois) ☐ PE (12 Mois)
☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____

Service Requis :

- ☐ EMG Simple ☐ EMG Complexe ☐ EMG Très complexe
☐ EMG Simple + Écho ☐ EMG Complexe + Écho ☐ EMG Très complexe + Écho
☐ EMG Fibre unique ☐ Échographie post EMG

Initiale ou signature du neurologue qui à modifié cette demande : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____ No de permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Signature : _____ CC : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

INDICATIONS CLINIQUES POUR L'ÉCHOGRAPHIE NEUROMUSCULAIRE EN NEUROLOGIE

- ☐ Tunnel Carpien avec récurrence post chirurgie ou atypique
- ☐ Neuropathie traumatique
- ☐ Décollement de l'omoplate
- ☐ Plexopathie brachiale idiopathique (parsonage Turner) ou structurelle avec déficit moteur
- ☐ Polyneuropathie inflammatoire
- ☐ Neuropathie fibulaire non localisable à l'EMG ou échec au traitement conservateur
- ☐ Neuropathie Ulnaire non localisable à l'EMG
- ☐ Échographie du diaphragme pour évaluation d'insuffisance respiratoire (avec EMG du diaphragme guidé à l'échographie)